Jan SOBIECH

NIEKTÓRE PROBLEMY FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ I WYNAGRADZANIA PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W INSTYTUCJACH PAŃSTWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Uwagi wstępne

(1) Opieka zdrowotna stanowi jedną z dziedzin działalności usługowej państwa w sferze usług społecznych, a wśród instytucji opieki zdrowotnej dominują instytucje państwowej opieki zdrowotnej. Wywiera to dosyć oczywisty wpływ na rozwiązania odnoszące się do systemów ekonomiczno-finansowych poszczególnych typów instytucji opieki zdrowotnej oraz poszczególnych elementów na te systemy się składających. Wśród elementów składowych systemów ekonomiczno-finansowych państwowych instytucji opieki zdrowotnej przedmiotem szczególnego zainteresowania są zasady wynagradzania pracowników zatrudnionych w tych instytucjach.

Zainteresowanie zasadami wynagradzania pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej jest jednak dosyć jednostronne, co wiąże się z niskim poziomem płac na ogół wysoko wykwalifikowanych pracowników tych instytucji. Zachęca to do konstruowania takich zasad wynagradzania, które pozwolą na podniesienie poziomu płac pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej przez wiązanie zwłaszcza tego poziomu z poziomem płac zatrudnionych w sferze materialnej. Wspólną cechą wszelkich propozycji rozwiązań w tym zakresie jest pozostawienie jako nienaruszalnych ogólnych prawidłowości kształtowania płac indywidualnych pracowników państwowych (czy jak się przyjęło mówić pracowników sfery budżetowej). Wydaje się, że problemtyka wynagradzania pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej wymaga odrębnego rozpatrzenia, zróżnicowanego przy tym co najmniej wobec pracowników instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz wobec pracowników szpitali. Właściwe rozpatrzenie tej problematyki wymaga co najmniej powiązania jej z zasadami zasilania finansowego instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz z zasadami zasilania finansowego szpitali. Celem opracowania jest właśnie bliższe rozpatrzenie tej problematyki, w powiązaniu z możliwymi

kierunkami przemian w całym systemie kierowania państwową opieką zdrowotną w Polsce.

I. Główne uwarunkowania problemów wynagradzania pracowników państwowej opieki zdrowotnej

(1) Zasady wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej oraz mechanizmy kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej są tylko jednym ze szczególnych problemów systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, mających niewątpliwie duże znaczenie dla wielu innych rozstrzygnięć odnoszących się do całego systemu kierowania opieką zdrowotną. Problem ten podejmowany jest na ogół w powiązaniu z poziomem płac pracowników służby zdrowia, rozpatrywanym najczęściej w relacji do poziomu płac zatrudnionych w sferze produkcji materialnej. Przedmiotem sporów nie jest wprawdzie sam poziom płac, który uważany jest przez wszystkich uczestników dyskusji za rażąco niski, ale związana z tym drażliwość reformy zasad i mechanizmów wynagradzania w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej utrudnia poszukiwanie właściwych rozwiązań.

Środki na wynagrodzenia w instytucjach opieki zdrowotnej kształtowane są dotychczas na zasadach powszechnie stosowanych w gospodarce budżetowej, tj. podlegają centralnej, uznaniowej regulacji, z wykorzystaniem limitowania i przeciętnej płacy jako instrumentów planowania budżetowego. Natomiast poziom płac indywidualnych jest ustalany na podstawie zasad jednolicie obowiązujących w skali całego kraju, uwzględniających wykształcenie, stopień specjalizacji zawodowej oraz staż pracy, doprowadzając do automatyczności awansu. Bardzo są ograniczone, jakkolwiek formalnie występują, możliwości indywidualizacji poziomu wynagradzania poszczególnych pracowników w zależności od oceny przez kierownictwo instytucji opieki zdrowotnej rzeczywistego wkładu ich pracy i jej efektów. Brak jest zupełnie oceny zewnętrznej tych efektów ze strony użytkowników usług, gdyż nie ma społecznych rad zdrowia, a komisje zdrowia samorządów lokalnych nie odgrywają w praktyce ciągle jeszcze żadnej roli.

W prowadzonych dyskusjach przywiązuje się szczególną wagę do nadania systemowi wynagradzania w państwowej opiece zdrowotnej znaczenia motywacyjnego, bez precyzowania jednak tego, co miałoby być celem motywacyjnego oddziaływania, ani też w czym to motywacyjne oddziaływanie miałoby się wyrażać. Dotychczas zgłaszane w tym zakresie propozycje są przy tym jednostronne, dotycząc w zasadzie jedynie sposobów kształtowania płac indywidualnych, z pominięciem mechanizmów kształtowania środków na wynagrodzenia w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej. Odnosi się to także do prowadzonych w ostatnich latach rozmaitych eksperymentów płacowych w państwowej służbie zdrowia, których wyniki - z tego właśnie, jak się wydaje, powodu - nie są jednoznaczne.

Oczekiwania wiązane ze zmianami w zasadach wynagradzania są na ogół daleko idące i nawet - jak można przypuszczać - nadmierne. Chciałoby się mianowicie, aby były to zmiany, w wyniku których następowałyby przemiany w strukturze zatrudnienia, głównie lekarzy, polegające zwłaszcza na przepływie kadr z lecznictwa specjalistycznego (przede wszystkim szpitalnego w dużych aglomeracjach) do podstawowego (głównie przychodni i poradni w mniejszych skupiskach miejskich i ośrodków zdrowia na wsi). Chciałoby się również, aby na skutek zmian w zasadach wynagradzania uległ zwiększeniu zakres i poziom działalności usługowej państwowej opieki zdrowotnej i nastąpiła intensyfikacja działalności leczniczej, z poprawą stopnia wykorzystania sprzętu, aparatury itp.

Propozycje konkretnych rozwiązań wysuwane w prowadzonych dyskusjach nie idą jednak zbyt daleko. Rozpatrywane są odrębnie zasady wynagradzania pracowników tzw. lecznictwa otwartego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz odrębnie zasady wynagradzania pracowników szpitalnictwa i lecznictwa specjalistycznego. W zakresie zasad wynagradzania pracowników podstawowej opieki zdrowotnej spór toczy się - mówiąc najogólniej - pomiędzy zwolennikami systemu wynagradzania zbliżonego do akordowego, a więc wiążącego wysokość indywidualnej płacy lekarzy z liczbą udzielonych porad, a zwolennikami systemu wynagradzania zbliżonego do opcyjnego, a więc wiążącego wysokość indywidualnej płacy z liczbą pacjentów będących pod opieką poszczególnych lekarzy, z zagwarantowaniem im prawa do swobody wyboru lekarza. Natomiast w szpitalnictwie miałaby występować - obok płacy stałej, ustalanej na dotychczasowych zasadach - ruchoma część płacy uzależniona do rozmiarów świadczonych usług, przy czym wysokość części ruchomej płacy miałaby być ustalana w poszczególnych instytucjach opieki zdrowotnej dowolnie. Zastosowanie tej propozycji w praktyce wymagałoby zmian w zasadach zasilania finansowego szpitali oraz stworzenia odpowiednich mechanizmów regulowania środków na wynagrodzenia w tych szpitalach.

Trzeba się zgodzić z tym, że warunki wynagradzania za pracę decydują w istotnym stopniu o przypływie i odpływie kadr do i z opieki zdrowotnej. Zasoby kadr medycznych, zwłaszcza lekarskich, cechują się w krótkim okresie dużą stabilnością, związaną z długim okresem kształcenia i niską elastycznością oddziaływania płacy na zatrudnienie kadr medycznych. Najwyżej wykwalifikowani pracownicy medyczni (lekarze, stomatolodzy, farmaceuci) mają małą skłonność do odchodzenia od zawodu, co - przy równoczesnym przymusie zatrudnienia w państwowej opiece zdrowotnej - stabilizuje, przynajmniej w krótkim okresie, zatrudnienie w tej grupie zawodowej (poza wyjazdami za granicę). Niedobór najwyżej wykwalifikowanych kadr medycznych jako bariera przyszłego rozwoju opieki zdrowotnej pojawi się więc z pewnym opóźnieniem, ale mieć będzie wyjątkowo dotkliwy charakter.

Bardziej odczuwalne są w krótkim okresie braki w zatrudnieniu pracowników o bardziej uniwersalnych (mniej profesjonalnych) kwalifikacjach, posiadających szersze możliwości zatrudnienia poza opieką zdrowotną i

cechujących się wyższą elastycznością oddziaływania płacy na wybór zatrudnienia. Odnosi się to w głównej mierze do pracowników o niższym poziomie kwalifikacji, którzy mogą się łatwiej przekwalifikować.

(2) Wydaje się, że wstępnie tu zarysowane problemy wynagradzania zatrudnionych w opiece zdrowotnej pracowników warto rozważać jedynie w ramach szerszej problematyki rozwiązań systemu kierowania opieką zdrowotną. System kierowania opieką zdrowotną to - mówiąc z pewnym uproszczeniem - system kompleksowej regulacji działań obejmujących planowanie, sterowanie, finansowanie i organizację w sferze opieki zdrowotnej w całym państwie. Na system ten składają się: struktury organizacyjne (układu kierującego i układu kierowanego) oraz kompetencje (traktowane jako możliwości i jako obowiązki) w zakresie konstruowania i stosowania odpowiednich narzędzi i procedur kierowania (głównie budowy planów i ich realizacji), a także w zakresie podejmowania bieżących decyzji w sferze działań realnych. Elementarne cechy, jakie powinien spełniać system kierowania, to wewnętrzna zgodność i spójność, adekwatność i skuteczność. System ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej jest jedynie częścią (podsystemem) tak zdefiniowanego systemu kierowania tą opieką.

W dalszym ciągu zajmę się pewnymi tylko elementami systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej, stanowiącego zasadniczy człon systemu kierowania opieką zdrowotną, w powiązaniu z zasadami wynagradzania pracowników opieki zdrowotnej, a w szczególności wybranymi problemami finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i wynagradzania kadr medycznych zatrudnionych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz wybranymi problemami z zakresu finansowania szpitali, decydującymi o zasadach wynagradzania za pracę w szpitalnictwie. Na zakończenie wskażę na możliwości pozytywnych rozwiązań w tym zakresie.

II. Finansowanie państwowych instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i zasady wynagradzania zatrudnionych w tych instytucjach kadr medycznych

(1) Ambulatoryjna opieka zdrowotna nie ma jednorodnego charakteru. Można w jej ramach wyróżnić podstawową opiekę zdrowotną w miejscu zamieszkania (tzw. pierwszego kontaktu), podstawową opiekę zdrowotną w miejscu pracy i w miejscu nauki oraz specjalistyczną i wysoce specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną. Z ekonomiczno-finansowego, a także i medycznego punktu widzenia największe znaczenie ma podstawowa opieka zdrowotna w miejscu zamieszkania. Wynika to z wielkości zużywanych zasobów oraz ze znaczenia podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności. Problematyka ekonomiczno-finansowa tej właśnie sfery opieki zdrowotnej ma szczególne, niejako modelowe dla całej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, znaczenie i jest przedmiotem szczególnych dyskusji oraz kontrowersji. Stąd też stanowi - jak się

wydaje - dogodny punkt wyjścia do rozważenia możliwych systemów ekonomiczno-finansowych ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Kryterium pozwalającym na przeprowadzenie klasyfikacji możliwych systemów ekonomiczno-finansowych instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest sposób ich zasilania finansowego oraz wynikające z tego sposobu zasady wynagradzania lekarzy. Wyróżnić można następujące systemy ekonomiczno-finansowe ambulatoryjnej opieki zdrowotnej[1]:

- uzależniające zasilanie finansowe od ilości i struktury świadczonych usług medycznych;
- uzależniające zasilanie finansowe od liczby stałych pacjentów (przy oczywistym w tym przypadku założeniu swobody wyboru przez pacjenta tak instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak i lekarza, z którego opieki pacjent chciałby korzystać);
- stosowane w warunkach rejonizacji tej opieki, a więc z zastosowaniem planowej reglamentacji usług medycznych.

Zasady wynagradzania lekarzy w każdym z podanych wyżej systemów ekonomiczno-finansowych ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są inne. I tak rozróżnić można odpowiednio dla każdego z tych systemów wynagrodzenie akordowe, wynagrodzenie opcyjne oraz wynagrodzenie na zasadach stałej płacy.

(2) Instytucje ambulatoryjnej opieki zdrowotnej - w przypadku zastosowania systemu uzależniającego zasilanie finansowe od ilości i struktury świadczonych usług medycznych - są na ogół ujmowane w bardzo proste formy organizacyjne, tj. gabinetów lekarskich bądź niedużych 2-3-osobowych zespołów lekarskich, udzielających rozmaitych porad pacjentom zgłaszającym się w trosce o własne zdrowie do gabinetów i zespołów lekarskich. Występuje przy tym najczęściej wielość źródeł finansowania świadczonych usług medycznych, a więc pacjenci mogą płacić za uzyskane usługi medyczne z własnych dochodów bądź opłaty mogą być ponoszone za pacjentów przez rozmaite instytucje ubezpieczeniowe czy samorządy terenowe z budżetów lokalnych.

W tym drugim systemie szczególne znaczenie mają sposoby ustalania cen (opłat) za usługi medyczne. Występują na ogół równolegle obok siebie cenniki państwowe i samorządowe oraz cenniki ubezpieczeniowe. Omawiany system jest przedmiotem krytyki, głównie ze względu na wyjątkowe uzależnienie pacjenta od działalności usługowej oraz mały na ogół stopień

---

[1] W. M a t u s z k i e w i c z, Współczesne modele podstawowej opieki zdrowotnej, cz. I, "Zdrowie Publiczne" 1987, nr 9, cz. II, "Zdrowie Publiczne" 1987, nr 11-12; W.J. S t e p h e n, An Analysis of Primary Medical Care. Internationale Study, London 1979; tenże, Systems of Primary Health Care, w: Primary Care, red. J. F r y, London 1980.

dostosowania tej działalności do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych ludności. System ten powoduje - jak się uważa - nadmierny i niekontrolowany wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Jest to związane z tym, że zainteresowany materialnie lekarz decyduje o tym, jaki stosować rodzaj i jaką intensywność leczenia oraz jakiego rodzaju badania diagnostyczne należy przeprowadzić. Doprowadza to do istotnych deformacji w strukturze świadczonych usług medycznych, a zwłaszcza do nie znanego w innych systemach udziału kosztownych operacji chirurgicznych.

Wskazuje się, że w tych krajach, w których system ten zastosowano, koszty opieki zdrowotnej wzrosły wyjątkowo silnie, a próby podejmowane zwłaszcza przez instytucje ubezpieczeniowe, ograniczania czy wręcz hamowania kosztów nie były udane. Próby te sprowadzały się najczęściej do wprowadzania cenników uzgodnionych między lekarzami a towarzystwami ubezpieczeniowymi czy też nawet rządem. Jednakże w praktyce cenniki te nie były respektowane przez lekarzy, którzy starali się bądź wprost pobierać wyższe opłaty, bądź też mnożyć liczbę porad, tj. zamiast jednej porady, wystarczającej z medycznego punktu widzenia, udzielali kilku porad.

Omawiany system finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest negatywnie oceniany także i z tego względu, że zachęca do rozwijania badań laboratoryjnych ponad wszelką miarę. Wynika to stąd, że instytucje ubezpieczeniowe skłonne są do bezproblemowego pokrywania kosztów usług medycznych, o ile fakt udzielenia porady jest udokumentowany dodatkowymi badaniami laboratoryjnymi. Innym zjawiskiem, zaobserwowanym w USA, gdzie system uzależniający zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej od ilości i struktury świadczonych usług medycznych jest w szczególnie dużym zakresie stosowany, jest wzajemne przesyłanie sobie pacjentów przez lekarzy, formalnie celem uzyskania konsultacji umotywowanych medycznie, a faktycznie ze względów finansowych. Innym poważniejszym już zarzutem wobec omawianego systemu finansowego ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest brak ciągłości opieki zdrowotnej ze względu na nieustanne poszukiwania przez pacjentów najbardziej im odpowiadającego lekarza. Z czysto medycznego punktu widzenia natomiast właściwe jest posiadanie stałego lekarza pierwszego kontaktu.

Wątpliwą zaletą tego systemu finansowania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest wyjątkowa intensywność pracy personelu medycznego (a zwłaszcza lekarzy), ze względu na zawartą w tym systemie zachętę do maksymalizacji ilości usług medycznych (porad) oraz takiego doboru pacjentów ze względu na ich schorzenia, który pozwala maksymalizować dochód lekarza. Powoduje to nie tylko ekspansję kosztów opieki zdrowotnej, lecz także nie służy właściwemu zaspokajaniu obiektywnych potrzeb zdrowotnych ludności.

(3) System ekonomiczno-finansowy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, uzależniający zasilanie finansowe odpowiednich instytucji usługowych od liczby stałych pacjentów, został stworzony i najbardziej rozwinął się w

Wielkiej Brytanii w ramach National Health Service (NHS). W ramach tego systemu zasilanie finansowe powiązane jest z liczbą pacjentów zarejestrowanych w instytucjach sprawujących stałą opiekę medyczną nad tymi pacjentami. Zamiast zróżnicowanych opłat za świadczone usługi medyczne instytucje ambulatoryjnej opieki zdrowotnej uzyskują stałe opłaty za każdego zarejestrowanego pacjenta, co przy swobodzie wyboru przez pacjentów zarówno poszczególnych instytucji, jak i nawet lekarzy zatrudnionych w tych instytucjach, ma służyć rywalizacji o pacjenta drogą wysokiej jakości opieki medycznej. W każdym razie działalność instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zorganizowanych i działających na omawianych zasadach, nie może się rozwijać bez akceptacji ze strony pacjentów.

Omawiany system jest szczególnie wysoko oceniany ze względu na stymulowanie stale wysokiej jakości opieki lekarskiej oraz ze względu na zapewnienie ciągłości opieki medycznej. Ważną zaletą tego systemu jest także i to, że powoduje on właściwe i równomierne rozmieszczenie kadr medycznych (głównie lekarzy) oraz zachęca do wysokiej intensywności pracy, przy czym konkurencja między rozmaitego rodzaju instytucjami ambulatoryjnej opieki zdrowotnej i nawet poszczególnymi lekarzami ma długotrwały charakter, w tym znaczeniu, że pozyskanie zaufania pacjentów wymaga czasu. System ten nie może sprawnie funkcjonować - jak się okazało w praktyce - bez dostosowania do niego zasad opodatkowania dochodów osobistych lekarzy zatrudnionych w instytucjach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Zasady i konstrukcja tego opodatkowania mają w szczególności przeciwdziałać rejestrowaniu zbyt wielu pacjentów. W skrajnych warunkach wprowadza się limitowanie liczby stałych pacjentów przypadających na jednego lekarza ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Można się spotkać z poglądem, że system ten jest dosyć kosztowny, a to głównie w związku z tendencją do drobiazgowości w postępowaniu lekarskim i wyjątkowo często występującą skłonność do kierowania pacjentów na konsultacje do lekarzy specjalistów i do szpitali. Jednakże "lekarzem prowadzącym" pacjenta jest zawsze ten, u którego dany pacjent jest zarejestrowany, co gwarantuje ciągłość opieki zdrowotnej oraz ułatwia stałe gromadzenie informacji o jego zdrowiu. Szczególne znaczenie ma także i to, że system ten zachęca do działań profilaktycznych, gdyż najwygodniejszym pacjentem jest zdrowy pacjent, a więc nie wymagający usług medycznych. W Wielkiej Brytanii, gdzie omawiany system dominuje, szczególnie rozpowszechnioną formą ambulatoryjnej opieki zdrowotnej są wizyty nastawione na działanie profilaktyczne i troskę o zdrowie zarejestrowanych pacjentów, a nie świadczenie usług medycznych na rzecz osób już chorych.

(4) W Polsce ambulatoryjna opieka zdrowotna organizowana jest - jak dotąd - na zasadach rejonizacji, z uwzględnieniem planowego

kształtowania sieci odpowiednich instytucji i urządzeń tej opieki[2]. Zasilanie finansowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ma również w tych warunkach charakter planowy i jest ściśle powiązane z typem instytucji i liczbą zatrudnionych w niej pracowników (kadr medycznych i paramedycznych), a nie z zakresem działalności usługowej poszczególnych instytucji. Podstawą zasilania finansowego są w tym systemie zdolności usługowe instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Natomiast ze względu na opieranie zasilania finansowego instytucji opieki zdrowotnej na regułach finansowania podmiotowego zostają zerwane więzi między ich działalnością usługową a zasilaniem finansowym. O ile w systemie uzależniającym zasilanie od ilości i struktury usług medycznych występowała wyraźna więź między zasilaniem finansowym a rozmiarami i strukturą działalności usługowej, a w systemie uzależniającym zasilanie finansowe od liczby stałych pacjentów występowało wyraźne powiązanie między zasilaniem finansowym i standardem (jakością) działalności usługowej, to w systemach właściwych dla warunków rejonizacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie ma w zasadzie żadnego związku między zasilaniem finansowym poszczególnych instytucji opieki zdrowotnej a ich działalnością usługową.

Dosyć charakterystycznym zjawiskiem występującym w warunkach rejonizacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej jest obojętność wobec pacjentów i ich oczekiwań, będąca oczywistym przejawem dysfunkcjonalności opieki zdrowotnej[3]. Ze względu na brak jakiejkolwiek konkurencji czy rywalizacji w omawianym tu systemie, a także ze względu na brak związku między zasilaniem finansowym instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej a działalnością usługową tych instytucji, pojawiają się dysproporcje w rozmieszczeniu zarówno odpowiednich instytucji, jak i kadr medycznych, zwłaszcza lekarzy. Dysproporcjom tym próbuje się - na ogół bez powodzenia - przeciwdziałać za pomocą rozmaitego rodzaju standardów, normatywów i norm, pomocniczo tylko wykorzystując niektóre elementy płac. W systemie tym brak jest jakichkolwiek bodźców finansowych, a więc i płace nie mają motywacyjnego znaczenia, a jedynie pewne elementy płac lub nawet tylko specjalne dodatki do płac próbuje się pomocniczo wykorzystać dla bodźcowego oddziaływania. System ten jest na ogół mało wydajny i przy

---

[2] A. B r u d ł o, M. J a n i s z e w s k i, J. S o b i e c h, Problemy funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, "Studia ekonomiczno-finansowe z działalności socjalno-kulturalnej"(1), "Zeszyty Naukowe AE", seria I, nr 117, Poznań 1983.

[3] M. S o k o ł o w s k a, Dysfunkcjonalność instytucji służby zdrowia, "Studia Socjologiczne" 1972, nr 4.

tym kosztowny oraz niezdolny do zapewnienia wysokiej jakości opieki medycznej.

III. Metody finansowania szpitali i problemy wynagradzania za pracę w szpitalach

(1) Finansowanie podmiotowe szpitala polega na pokrywaniu wydatków każdego konkretnego szpitala z funduszów zewnętrznych, najczęściej społecznych. Muszą być one jednak określane w poszczególnych jednostkach ex ante w fazie planowania ich zapotrzebowania finansowego. Ze względu na sposób określania tego zapotrzebowania wyróżnić można finansowanie podmiotowe szpitala z równoczesnym regulowaniem struktury wydatków szpitala oraz finansowanie podmiotowe z globalnym regulowaniem jego wydatków ogólnych.

Pierwsza z tych metod, tj. finansowanie podmiotowe z regulowaniem struktury wydatków szpitala, jest szeroko rozpowszechniona w gospodarce planowej, przy czym regulowanie poziomu i struktury tych wydatków odbywa się w toku planowania budżetowego, przy użyciu norm budżetowych i wskaźników budżetowych jako regulatorów poziomu i struktury wydatków szpitala. Oznacza to, że w planowaniu budżetowym wydatków szpitali, opartym zarówno na normach budżetowych, jak i powiązanych z tymi normami wskaźnikach budżetowych, określa się rozmiary, strukturę i standard działalności szpitali, przy czym stopień szczegółowości tych norm i wskaźników przesądza o tym, jak daleko idące jest regulowanie działalności szpitali.

Omawiany system finansowania powinien się opierać na precyzyjnie określanych miernikach działalności usługowej szpitali oraz na odpowiednio rozbudowanych rachunkach kosztów ich działalności jako podstawy normowania wydatków szpitali. Okazuje się to w praktyce bardzo trudne. Prowadzone w różnych krajach poszukiwania mierników działalności usługowej szpitali nie przynoszą zadowalającego efektu, gdyż wiodą ciągle do tych samych, od lat krytykowanych, mierników, tj. liczby łóżek, liczby osobodni leczenia, liczby hospitalizowanych itp.[4] Każdy z tych mierników - jak wynika z doświadczeń praktyki - ma liczne mankamenty jako podstawa normowania wydatków szpitala.

---

[4] J. C h e c h l i ń s k i, Gospodarka finansowa ochrony zdrowia i opieki społecznej - punkty wyjścia i założenia reformy, "Finanse" 1988, nr 4, s. 2; M. N i e d u s z y ń s k i, Mierniki w urządzeniach socjalnych i kulturalnych, "Finanse" 1976, nr 10; L. S w a t l e r, Finanse w polityce gospodarczej i społecznej państwa, PWE, Warszawa 1979, s. 198 i n.

W szczególnie jaskrawej formie mankamenty te są widoczne przy wykorzystywaniu tych wskaźników do ustalenia wydatków na leki używane w szpitalu. Otóż w przypadkach wiązania regulowania wydatków na leki zużywane w szpitalu z liczbą osobodni leczenia nagminną praktyką staje się przedłużanie pobytu chorych w szpitalu ponad potrzebę wynikającą z procesu leczenia po to, aby móc stosować droższe leki, niemożliwe do zastosowania przy danym poziomie norm wydatków szpitala na leki, co w oczywisty sposób może prowadzić i najczęściej prowadziło, do nieracjonalności lub nawet marnotrawstwa[5].

Postulowana czasem zmiana podstawy ustalania norm wydatków szpitala na leki, polegająca na zastąpieniu miernika wyrażanego liczbą osobodni leczenia przez miernik wyrażany liczbą osób hospitalizowanych, niewiele zmienia. Po to, aby móc stosować droższe leki niż możliwe do zastosowania przy danym poziomie normy wydatków szpitala na leki, rozpowszechnia się hospitalizację błahych przypadków (przy których leczeniu nie są wymagane zbyt kosztowne leki), a nawet formalne wypisywanie i ponowne przyjmowanie do szpitala chorych (zwiększenie liczby osób hospitalizowanych pozwala na zwiększenie sumy wydatków na leki)[6].

Jako odrębną metodę finansowania szpitala można rozpatrywać finansowanie podmiotowe z globalnym regulowaniem wydatków ogólnych szpitala. Przy zastosowaniu tej metody odrębnemu ustaleniu ex ante podlega znowu zapotrzebowanie finansowe każdego szpitala oddzielnie, jednakże bez szczegółowego normowania wydatków i szczegółowo ujętych miar czy wskaźników działalności usługowej szpitala. Podstawę ustalania wydatków stanowić może, przy zastosowaniu tej metody finansowania, zakwalifikowanie szpitala do odpowiedniej grupy (klasy, typu) szpitali, wyodrębnionej przy użyciu zespołu kryteriów oraz ewentualnie pomocniczo norm ogólnych wydatków szpitala, a więc norm odnoszących się do globalnej sumy wydatków szpitala, w powiązaniu z agregatową miarą działalności

---

[5] R. W i c i ń s k i, Propozycje w sprawie zasad finansowania działalności szpitali, "Zdrowie Publiczne" 1971, nr 11; T. S a r d a k o w s k i, Zmiana systemu finansowania bodźcem intensyfikacji pracy w szpitalnictwie, "Zdrowie Publiczne" 1971, nr 10; A. D o w g i r d i in., Propozycje zmian sposobu finansowania szpitali, "Zdrowie Publiczne" 1971, nr 9; A. L i p i ń s k i, Z. R a y s n e r, Pozainwestycyjne źródła bazy szpitalnej, "Zdrowie Publiczne" 1972, nr 10.

[6] J. S o b i e c h, Kierunki przebudowy metod finansowania ochrony zdrowia, w: Problemy finansowania działalności niematerialnej, pod red. J. C h e c h l i ń s k i e g o i K. S z y m a ń s k i e j - P i o t r o w s k i e j, PWE, Warszawa 1979.

usługowej szpitala. Propozycja zastosowania tej metody w Polsce pojawiła się w dyskusjach nad reformą ekonomiczną w opiece zdrowotnej[7], przy czym postulat zastosowania tej metody z użyciem norm ogólnych był już dość dawno wysuwany w literaturze[8].

Wydaje się, że należałoby rozpatrywać tę metodę całościowo, jakkolwiek jej powodzenie zależy w dużej mierze od możliwości stworzenia odpowiednich norm ogólnych i skonstruowania odpowiedniego agregatowego miernika usług szpitala. W rozmaitych krajach prowadzone są prace w tym zakresie. Próby skonstruowania agregatowego, umownego miernika usług szpitala doprowadzają do wyboru statystycznego hospitalizowanego jako poszukiwanego miernika usług szpitala, przy czym dyskusje sprowadzają się do wyboru wag mających umożliwiać przeliczenie liczby osób hospitalizowanych na liczbę statystycznych hospitalizowanych.

(2) Metoda finansowania przedmiotowego szpitala stanowi skonkretyzowaną formę przedmiotowego finansowania budżetowego[9], które polega na "zakupie" ze środków budżetowych usług finansowanych tą metodą z budżetu u podmiotów wytwarzających te usługi (nazywanych instytucjami usługowymi). Niekiedy jako przedmiotowe finansowanie budżetowe rozpatruje się finansowanie instytucji usługowych omówioną poprzednio metodą finansowania podmiotowego, tylko że z globalnym regulowaniem wydatków ogólnych tych instytucji (czyli według norm ogólnych kosztów czy nawet częściej wydatków). Nie wydaje się to uzasadnione, w tym ostatnim przypadku mamy raczej do czynienia z połączeniem finansowania podmiotowego z przedmiotowym[10].

Podstawową zaletę finansowania przedmiotowego upatruje się w stosunkowo dużym zakresie samodzielności, jaką uzyskują finansowane tą metodą instytucje usługowe[11]. Szpital, którego działalność finansowana jest z zastosowaniem metody finansowania przedmiotowego, ma swobodę w

---

[7] Po raz pierwszy w propozycji S. Z i e l i ń s k i e g o, K. T y m o w s k i e j i T. P a r c h i m o w i c z a, Projekt reformy systemu opieki zdrowotnej i społecznej, MZiOS, Warszawa, marzec 1988.

[8] J. S o b i e c h, Kierunki przebudowy, s. 226.

[9] Z. P i r o ż y ń s k i, Założenia systemu finansowania jednostek nieprodukcyjnych, "Studia Finansowe" 1974, nr 24, s. 16 i n.

[10] J. S o b i e c h, Kierunki przebudowy, s. 227.

[11] S. O w s i a k, Metody budżetowania sfery nieprodukcyjnej, Kraków 1983, s. 158 i n.

dysponowaniu środkami, których rozmiary uzależnione zostają od rozmiarów działalności usługowej szpitala. W związku z tym pojawia się możliwość włączania elementów motywacyjnych w system ekonomiczno-finansowy finansowanego tą metodą szpitala.

Omawiana tu metoda finansowania szpitala zachęca do racjonalizacji jego działalności usługowej, przy jak najpełniejszym wykorzystaniu jego zdolności usługowych. Przedmiotowe finansowanie szpitala ma i tę zaletę, że umożliwia równoczesne jego finansowanie z wielu źródeł (np. z budżetu centralnego, z budżetów lokalnych, z funduszów ubezpieczeniowych i nawet z dochodów ludności), stwarzając pacjentowi nieskrępowany wybór szpitala, bez względu na terytorialne położenie szpitala[12].

Można wymienić także i inne jeszcze zalety finansowania przedmiotowego, o bardziej już technicznym charakterze. Jednakże możliwość praktycznego zastosowania tej metody finansowania szpitala wymaga spełnienia kilku warunków. Do najważniejszych z tych warunków (jego spełnienie jest niezbędne dla praktycznego zastosowania finansowania przedmiotowego szpitala), należy ustalenie cen rozliczeniowych, na jakich jego usługi byłyby "zakupywane". Ustalenie tych cen wymaga określenia zróżnicowanych "asortymentowo" mierników usług szpitala, kosztów jednostkowych tych usług (ex ante i ex post) oraz rozwiązania problemu ujednolicenia bądź zróżnicowania cen rozliczeniowych za takie same lub podobne usługi świadczone przez różne szpitale. Rozwiązanie każdego z postawionych tu problemów jest trudne i jak się wydaje możliwe tylko w odniesieniu do usług standardowych czy też dających się zunifikować, gdyż w przypadku pozostałych usług będzie w praktyce musiało dojść do pokrycia rzeczywistych kosztów ich świadczenia, bez względu na poziom tych kosztów.

Ważnym zagadnieniem przy praktycznym stosowaniu metody finansowania przedmiotowego szpitala jest określenie podmiotu, który ma ustalać cenę rozliczeniową za usługi szpitalne. Podmiotem tym nie może być szpital, gdyż z natury rzeczy zainteresowany byłby maksymalizacją ceny rozliczeniowej. Nie powinien być nim także dysponent funduszu, z którego pokrywana jest cena rozliczeniowa, gdyż byłby zainteresowany minimalizacją ceny rozliczeniowej. Jednakże żaden z tych podmiotów, tj. ani szpital, ani dysponent funduszu, nie może być pozbawiony wpływu na poziom ceny rozliczeniowej, a to dlatego, że szpital musi doprowadzić do pełnego pokrycia poniesionych kosztów (przy założonym poziomie jakości usług szpitalnych), a dysponent funduszu, z którego finansowane są usługi szpitalne, jest ograniczony wysokością tego funduszu. Rozważania te

---

[12] J. S o b i e c h, Kierunki przebudowy, s. 228; S. G o l i n o w s k a, K. T y m o w s k a, Kierunki reformy gospodarczej w sferze usług społecznych, w: Usługi społeczne, pod red. A. Ł u k a s z e w i c z a, PWE, Warszawa 1984, s. 77 i n.

prowadzą do wniosku, że cena rozliczeniowa powinna powstawać w wyniku przetargu, co pozbawia znaczenia niektóre z zalet finansowania przedmiotowego szpitala. Można by w związku z tym poszukiwać jakiegoś w miarę niezależnego arbitra (np. społeczną radę zdrowia, radę nadzorczą szpitala itp.), który miałby ostateczny głos w sprawie poziomu ceny rozliczeniowej.

(3) Stosowanie metody finansowania przedmiotowego szpitala jako wyłącznej metody finansowania tej instytucji opieki zdrowotnej wydaje się zresztą nie tylko trudne, lecz także mało uzasadnione. Należy stwierdzić, że w praktyce zachodzi potrzeba łączenia pewnych elementów finansowania podmiotowego z finansowaniem przedmiotowym, a to ze względu na konieczność zachowania przez szpital stałej gotowości do świadczenia usług. Dlatego też znaleźć można rozmaite propozycje odmian finansowania przedmiotowego szpitala, które w zasadzie są próbami łączenia finansowania podmiotowego, w omówionych w tym opracowaniu odmianach, z finansowaniem przedmiotowym. Na szczególną uwagę zasługują rozmaite propozycje finansowania kosztów stałych metodą finansowania podmiotowego, a kosztów zmiennych metodą finansowania przedmiotowego. Finansowanie kosztów stałych następuje uznaniowo za pomocą dotacji globalnej, której wysokość zależy od zaliczenia szpitala do odpowiedniej grupy i do odpowiedniego typu (według takich kryteriów, jak szczebel organizacyjny, zakres świadczeń, jakość świadczeń, wykorzystanie możliwości diagnostycznych i leczniczych oraz warunki leczenia), natomiast finansowanie kosztów zmiennych następuje przy zastosowaniu cen rozliczeniowych w zależności od zakresu i rzeczywistych rozmiarów działalności usługowej szpitala, wyrażonych za pomocą odpowiednich mierników. Głównym problemem jest tutaj określenie stosunkowego znaczenia każdej z tych metod fianansowania oraz podział kosztów na stałe i zmienne.

IV. Problemy wyodrębnienia i przezwyciężenia barier reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej

(1) Niepowodzenia dotychczasowych prób zreformowania systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej skłaniają do rozpatrzenia barier, jakie napotyka zarówno skonstruowanie nowego, zreformowanego systemu, jak i wdrażanie go w praktyce. W dotychczasowym zaawansowaniu przebudowy systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej nie udało się wyjść poza rozeznanie barier utrudniających utworzenie odpowiedniego systemu ekonomiczno-finansowego. Przyczyniło się do tego nakładanie się na siebie i ścisłe wzajemne ze sobą powiązanie rozmaitego rodzaju barier,

spośród których wyróżnić można w szczególności:[13] 1) trudności zharmonizowania celów ekonomicznych i społecznych przeprowadzonej reformy, 2) barierę ustrojową, 3) barierę bilansową, 4) barierę psychologiczną, 5) barierę koncepcyjną.

Cele działań reformatorskich formułowane są w rozmaitych projektach i programach reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej na ogół w sposób bardzo ogólnikowy. Tymczasem wyraźne ich sformułowanie uświadamia jasno - jak sądzę - złożoność i trudność tej reformy. Wydaje się, że wyróżnić można przynajmniej dwa główne zadania stające przed reformą systemów ekonomiczno-finansowych instytucji opieki zdrowotnej, przy czym obecnie jedno spośród nich na plan pierwszy wysuwa cel o charakterze techniczno-ekonomicznym, a na dalszy plan najczęściej przesuwany jest cel o charakterze społecznym.

Cel techniczno-ekonomiczny reformy gospodarczej w opiece zdrowotnej można sformułować najogólniej jako stwarzanie mechanizmów zapewniających racjonalne gospodarowanie w opiece zdrowotnej, a w szczególności mechanizmów zapewniających: 1) stałe powiększanie zasobów, jakimi opieka zdrowotna dysponuje, stosownie do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i poziomu życia ludności, oraz 2) zapewnienie warunków efektywnego wykorzystania zasobów będących już w dyspozycji instytucji opieki zdrowotnej. Utworzone w wyniku tej reformy mechanizmy funkcjonowania opieki zdrowotnej powinny mieć charakter kompleksowy, tzn. być spójne, wewnętrznie zgodne i adekwatne oraz funkcjonować automatycznie. W funkcjonowaniu tych mechanizmów powinien być wyraźnie wyróżniony układ kierujący i układ kierowany, a instrumenty kierowania powinny zapewniać nie tylko sprawność opieki zdrowotnej, lecz także racjonalność gospodarowania.

Cel społeczny reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej jest niezwykle trudny do skonkretyzowania. W sposób ogólny można go określić jako zapewnienie każdemu, przy zastosowaniu odpowiednich mechanizmów, opieki zdrowotnej na najwyższym możliwym, przy obecnym stanie wiedzy i techniki medycznej, poziomie. Nie stanowi to konkretnego sformułowania celu społecznego, co może skłaniać do pomniejszenia jego znaczenia w reformie systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej.

Zharmonizowanie celu techniczno-ekonomicznego reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej z wyczuwalnym intuicyjnie, ale trudniejszym do precyzyjnego sformułowania celem społecznym tej reformy sprawia poważne trudności w realizacji projektowanej reformy. Trudności zharmonizowania

---

[13] Problematyka barier reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej rozwinięta jest w: J. S o b i e c h, Bariery reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, "Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny" 1989, nr 1.

obu tych celów stają się swoistego rodzaju barierą reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej.

Bariera ustrojowa może być sprowadzona do braku szerszej i wyraźniej skonkretyzowanej wizji przyszłego, zreformowanego ustroju społeczno-gospodarczego kraju (modelu docelowego), warunkującego reformę systemu opieki zdrowotnej.

Bariera bilansowa wyraża się w dysproporcjach, jakie występują między możliwościami gospodarczymi, wynikającymi z poziomu rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, a oczekiwaniami w zakresie poziomu opieki zdrowotnej, wynikającymi z zagrożeń zdrowotnych oraz świadomości i aspiracji zdrowotnych społeczeństwa.

Bariera psychologiczna przybiera formę obaw (czy wręcz lęku) wyrażanych, z rozmaitych zresztą powodów, przez: potencjalnych pacjentów, pracowników zatrudnionych w opiece zdrowotnej oraz władze odpowiedzialne za funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

Barierę koncepcyjną stanowi brak, jak dotąd, całościowej, wewnętrznie zgodnej i akceptowanej społecznie koncepcji zreformowanego systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej i systemu kierowania tą opieką. Istnieje przy tym wyjątkowa wielość i różnorodność rozmaitych propozycji odcinkowych reformy w opiece zdrowotnej.

Wyodrębnienie tych barier może stanowić punkt wyjścia do bliższego rozpatrzenia problemu ich przezwyciężenia w reformie ekonomicznej opieki zdrowotnej. Wymagałoby to oddzielnego, nie mniej obszernego, opracowania. W tym opracowaniu ograniczam się do stwierdzenia, że problematyka wynagradzania pracowników zatrudnionych w instytucjach państwowej opieki zdrowotnej nie znajdzie zadowalającego rozwiązania bez reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej, która z kolei nie nastąpi bez przełamania barier tę reformę hamujących.

(2) Podejmowane próby stworzenia koncepcji reformy ekonomicznej w opiece zdrowotnej nie przybierają charakteru projektów wdrożeniowych (realizacyjnych)[14]. Brak bardziej zdecydowanych działań, mających doprowadzać do zmian w systemie ekonomiczno-finansowym opieki zdrowotnej, staje na przeszkodzie rozwiązaniu problemów wynagradzania pracowników zatrudnionych w instytucjach opieki zdrowotnej. Najbardziej rozpowszechniony jest ciągle jeszcze pogląd, zgodnie z którym płace indywidualne stanowią dogodny instrument centralnego kierowania przez

---

[14] Wydaje się, że nie są projektami realizacyjnymi ani tzw. projekt autorski (S. G o l i n o w s k a, K. T y m o w s k a, C. W ł o d a r c z y k, W interesie zdrowia społeczeństwa (projekt reformy opieki zdrowotnej), maszynopis, Warszawa, listopad 1989), ani tzw. projekt społeczny (MZiOS, Projekt reformy, maszynopis, Warszawa, listopad 1989).

ministra zdrowia i opieki społecznej opieką zdrowotną w kraju. Instrument ten cechuje się przy tym znacznym stopniem zunifikowania, w tym znaczeniu, że nie przewiduje się zasadniczo różnicowania płac indywidualnych w ujęciu terytorialnym i nie widzi się potrzeby czy możliwości różnicowania płac indywidualnych pracowników instytucji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz szpitalnictwa (zrezygnowano nawet z istniejących od lat dodatków za pracę w wiejskich ośrodkach zdrowia oraz w zakładach, w których występuje deficyt określonego rodzaju specjalistów)[15].

Najbardziej rozpowszechnione na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych projekty reformy systemu wynagradzania kadr medycznych zatrudnianych w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej, przygotowane w środowiskach związanych z "Solidarnością" (tzw. projekt poznański i tzw. projekt toruński), są wyłącznie próbami pewnej racjonalizacji dotychczasowych tabel płac, polegającej na podniesieniu poziomu płac pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej (w relacji do średnich płac w sferze produkcji materialnej) oraz poprawieniu struktury płac. Wspólną cechą tych projektów jest wskaźnikowy charakter stawek płac składających się na tabelę wynagrodzeń pracowników państwowych instytucji opieki zdrowotnej.

W bardziej rozbudowanym z tych projektów (tj. w projekcie toruńskim)[16] przyjmuje się jako podstawowy wskaźnik - wynoszący 1,0 - średnią płacę w sferze produkcji materialnej, z którą powinna być zrównana płaca zasadnicza pielęgniarki. Odpowiedni wakaźnik dla płacy zasadniczej salowej wynosi 0,5, a lekarza medycyny 2,0. Obliczana z zastosowaniem tych wskaźników płaca zasadnicza podlegałaby zwiększeniu o procentowe dodatki w zależności: od miejsca zatrudnienia (pion zabiegowy, nie zabiegowy), od stopnia specjalizacji zawodowej (dotyczy to wyłącznie lekarzy medycyny i lekarzy dentystów), od stażu pracy, od posiadanego stopnia i tytułu naukowego oraz od pełnionej funkcji kierowniczej w sferze opieki zdrowotnej.

Omówiony tutaj pokrótce projekt nie stanowi istotnego postępu w stosunku do stosowanych dotychczas zasad wynagradzania w państwowych instytucjach opieki zdrowotnej. Zastosowanie tego projektu w praktyce doprowadziłoby do podniesienia poziomu płac i do większego zróżnicowania płac zatrudnionych w państwowej opiece zdrowotnej, ale w dalszym ciągu

---

[15] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 III 1989 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uposażenia pracowników zakładów społecznych służby zdrowia, zakładów pomocy społecznej i zakładów rehabilitacji zawodowej inwalidów (dotychczas nie publikowane).

[16] Projekt wskaźników systemu wynagrodzeń pracowników służby zdrowia, maszynopis, Toruń 1989.

zasady wynagradzania za pracę byłyby oderwane od efektów działalności medycznej. Jest to konsekwencją utrzymywanego w mocy systemu centralnego kierowania opieką zdrowotną, traktowaną jako działalność usługowa państwa, nie biorąc pod uwagę szczególnych cech tej działalności, polegającej na świadczeniu wyjątkowo specyficznych usług medycznych.

Wydaje się, że pozytywnego rozwiązania problematyki wynagradzania za pracę w sferze opieki zdrowotnej należy poszukiwać w ramach kompleksowych rozwiązań wybranego, spośród trzech możliwych, modelu zreformowanego systemu opieki zdrowotnej, tj. modelu centralnego kierowania usamodzielnionymi instytucjami państwowej opieki zdrowotnej, modelu ubezpieczeniowego opieki zdrowotnej oraz modelu opieki zdrowotnej prowadzonej przez samorządowe władze terenowe. Bliższe rozpatrywanie zasad wynagradzania w każdym z tych modeli wykracza poza zakres tego opracowania.

Jan SOBIECH

SOME PROBLEMS OF FINANCING HEALTH CARE AND REMUNERATION OF EMPLOYEES IN STATE HEALTH CARE INSTITUTIONS

Summary

The article aims at presenting the connections between principles of remunerating state health care institutions employees with principles of financing those institutions. Against this background the author shows the possible and desired directions of changes concerning both the remuneration and financing principles in those institutions. The author formulates separate postulates for outpatient health care and its medical staff and for hospitals and their employees. In the final part the author distinguishes restrictions and barriers the overcoming of which will make it possible to carry out indispensable and desired changes in the principles of financing state health care institutions and in the principles of remunerating their employees.